



ESA Economic Services
Administration

**ПЛАН ВЫПЛАТ ПОЛУЧАТЕЛЮ ПОСОБИЯ,
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМУ ОПЕКУ, НАЗНАЧЕНИЕ
ДЕЛА И УВЕДОМЛЕНИЕ О ЗАКРЫТИИ ДЕЛА
PROTECTIVE PAYEE PAYMENT PLAN, CASE
ASSIGNMENT, AND CLOSURE NOTICE**

1. COMMUNITY SERVICES OFFICE (CSO)	2. DATE
3. SOCIAL WORKER/CASE MANAGER'S NAME	4. TELEPHONE NUMBER
5. CLIENT'S NAME	6. AID TYPE
7. CLIENT'S ID NUMBER	8. CLIENT'S e-JAS ID NUMBER
9. CLIENT'S AU ID NUMBER	10. TELEPHONE NUMBER
11. CLIENT'S ADDRESS	

РАЗДЕЛ I. ВЕДЕНИЕ ДЕЛА

- Назначение дела, дата начала: _____ Изменение плана Пересмотр
 Конечная передача дела, дата вступления в силу: _____

РАЗДЕЛ II. ПРИЧИНА НАЗНАЧЕНИЯ (ОТМЕТЬТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ПУНКТ)

1. Несовершеннолетний родитель (TANF/SFA). WAC 388-460-0040
 2. Родственник, ответственный за уход за детьми-иждивенцами, не в состоянии осуществлять уход в связи с чрезвычайной ситуацией. (WAC 388-460-0030)
 3. Использование средств не по назначению. (WAC 388-460-0035)
 4. Другое (WAC 388-460-0035-3):

РАЗДЕЛ III. ПЛАН ВЫПЛАТ – ЗАПОЛНИТЕ ТОЛЬКО ПРИМЕНИМЫЕ ПУНКТЫ (ПРИ НАЛИЧИИ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ИНФОРМАЦИИ)

1. ИМЯ ДОМОВЛАДЕЛЬЦА	2. ТЕЛЕФОН ДОМОВЛАДЕЛЬЦА (С КОДОМ РАЙОНА) ()
3. АДРЕС ДОМОВЛАДЕЛЬЦА	4. СУММА ТЕКУЩЕЙ АРЕНДНОЙ ПЛАТЫ (ВЫПЛАТ) \$
КОММУНАЛЬНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ	ПОСТАВЩИК УСЛУГ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ
НАЗВАНИЕ	НАЗВАНИЕ/ИМЯ
АДРЕС	АДРЕС
ТЕЛЕФОН (С КОДОМ РАЙОНА) ()	ТЕЛЕФОН (С КОДОМ РАЙОНА) ()
ДРУГИЕ ВЫПЛАТЫ ИЛИ ОСОБЫЕ ИНСТРУКЦИИ	

РАЗДЕЛ IV. ВЫБОР ПОЛУЧАТЕЛЯ ПОСОБИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ОПЕКУ

1. ИМЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ ПОСОБИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ОПЕКУ	
2. СЛУЖЕБНЫЙ АДРЕС ПОЛУЧАТЕЛЯ ПОСОБИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ОПЕКУ	3. ТЕЛЕФОН ПОЛУЧАТЕЛЯ ПОСОБИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ОПЕКУ (С КОДОМ РАЙОНА) ()

РАЗДЕЛ V. ПОДПИСЬ

1. ПОДПИСЬ РАБОТНИКА	ДАТА
----------------------	------

ЗАМЕЧАНИЯ Клиент присутствовал Доступ к клиенту отсутствует

**Права клиента и уведомление о плане назначения опекающего получателя пособия
DSHS 14-426**

Уведомление клиента

Если необходимо назначить получателя денежных средств, осуществляющего опеку, клиент должен быть уведомлен об этом в течение десяти (10) дней.

Информация о беспристрастном слушании

Если вы не согласны с каким-либо нашим решением, вы можете подать заявление о проведении беспристрастного слушания. Для этого вам следует обратиться в ваше местное отделение или написать в Офис административных слушаний по адресу: The Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia WA 98504-2489. Заявление о проведении беспристрастного слушания вы должны подать в течение 90 дней с момента получения этого письма.

Во время слушания вы можете сами представлять свои интересы. Ваши интересы может также представлять адвокат или любое другое лицо по вашему выбору. Возможно, что вы получите юридическую консультацию или услуги по представительству бесплатно. Для получения более подробной информации позвоните нам или в информационную службу штата по оказанию юридических услуг по номеру 1-888-201-1014.

Вы можете также подать просьбу о пересмотре дела. Пересмотр не отсрочит и не заменит беспристрастное слушание, но может решить спорный вопрос быстрее. Свяжитесь с вашим местным отделением, чтобы попросить о пересмотре дела.

Защита от дискриминации

Наши программы предоставляются всем лицам, вне зависимости от их расы, цвета кожи, возраста, инвалидности, религиозных или политических убеждений и страны происхождения.